



Ärztliche Bescheinigung

für die Aufnahme in eine Kindertageseinrichtung gem. §7 SächsKitaG, §20 und §34 IfSG

Name des Kindes: _____ Geburtstag: _____

Anschrift: _____

Der Impfstatus des Kindes entspricht den Impfpfehlungen der Sächsischen Impfkommision oder den Impfpfehlungen der Ständigen Impfkommision des Robert Koch Instituts. Ja / Nein

Bei Nein: Es fehlen folgende Impfungen:

Eine Beratung der Erziehungsberechtigten in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen Impfschutz des Kindes ist erfolgt.

Keine Masernimpfung:
Kontraindikation liegt vor Ja / Nein Ggf. Befristet bis: _____

Immunität liegt vor Ja / Nein

Erstimpfung Masern liegt bereits vor
bzw. ist mit heutigem Tage erfolgt
Ja / Nein

Vermerk der Einrichtungsleitung bei späterer Impfung
Nachweis durch:
 Impfausweis
 Bescheinigung eines Arztes/anderer Stelle
Einsicht genommen: _____

Zweitimpfung Masern liegt bereits vor
bzw. ist mit heutigem Tage erfolgt
Ja / Nein

Vermerk der Einrichtungsleitung bei späterer Impfung
Nachweis durch:
 Impfausweis
 Bescheinigung eines Arztes/anderer Stelle
Einsicht genommen: _____

Besonderer Betreuungsbedarf:

Für o.g. Kind bestehen keine gesundheitsbezogenen Bedenken gegen den Besuch einer Kindertageseinrichtung.

Datum _____

_____ Stempel und Unterschrift des Arztes